

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

60916

Déclaration de Maladie

Nº M20- 0008274

Maladie

Dentaire

Optique

utres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1438 Société : MUPRAS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FOUDI Ahmed

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : DAR LAMANI BLOC R IM. 428 N°1

AIN SEBA CASABLANCA

Tél. 0665890074 Total des frais engagés : 1876,54 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 12



Date de consultation : 12/02/2021

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ADK Prostatis

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

RECEUILLI
MUPRAS

Le :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12.02.2021	30	3	300.00	Signature du Médecin

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
 AMRRIJI DR Docteur en Pharmacie 1147-Cheikh El Sebagh 114, 05 22 62 52 34 CE: 0016000872000009 Dar Lamane, Bloc P N°6 H.M Aïn Sebagh	12/02/2021	1576,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



عيادة أمراض
المسالك البولية 2 مارس

Docteur Hamid Fekak
Membre de l'European
Association of Urology et
de la Société Internationale
d'Urologie

- Chirurgie et endoscopie des reins et des voies uro-génitales, Laser Prostate
- Cancérologie Uro-génitale
- Statique Pelvienne et incontinence urinaire
- Infertilité masculine et impuissance sexuelle
- Lithotripsie et laser des Calculs urinaires
- Circuncision
- Echographie et explorations Urodynamiques

الدكتور حميد فكاك
عضو الجمعية الأوروبية
والعالمية لجراحة المثانة
والمثانة البولية
* المراحة والفحص بالمنظار
للمسالك البولية والتناسلية
* أخطماني سطوار المثانة
والمثانة والبروستاتا
* المسالك البولية
* العقم والغير التناسلي
* الخثار
* تقويم بصر جراحة لخص
المثانة والمسالك البولية
* الفحص الصدرى

ICE 00221339000050

43, Avenue 2 mars,
1^{er} étage, N°1
Casablanca - 20490
Tél. : 05 22 47 14 57
Fax : 05 22 47 14 58
Gsm : 06 65 405 901
hafekak@yahoo.fr

Professeur Hamid Fekak

الدكتور حميد فكاك

Chirurgie des reins et des voies uro-génitales
Ex. enseignant à la faculté de médecine de Casablanca
أستاذ جراحة المثانة والمسالك البولية

Casablanca le 12/02/2021

Mr FDOULLI Ahmed

159,30 x 5

FLOTRAL 10mg Lp

1 comprimé, Le soir au coucher pendant 6 mois



NORMA P

1 gelule, matin et soir pendant 6 mois

260,00 x 3

1576,50

NORMA-P
opc 260 DH
NORMA-P
DPC 260 DH
53.00.05
07.19
07.22
B/212/213
Norma
PPC
260 DH

